

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CÉNESTHOPATHIES

États mélancoliques cénesthopathiques de l'âge critique

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 18 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Léon-Paul-Louis JUND

Né à Espartignac (Corrèze), le 4 Mai 1883.

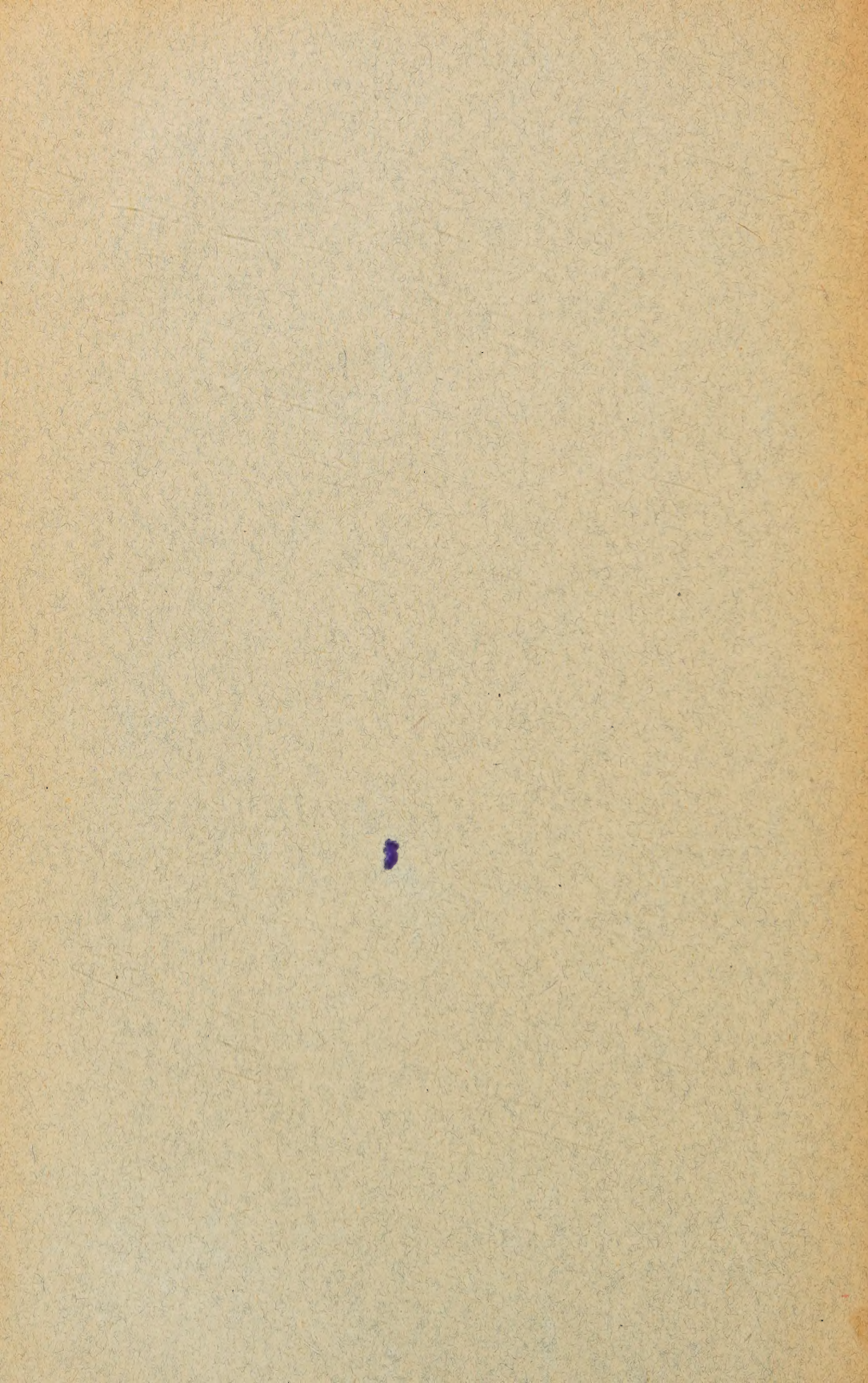
EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. BERNHEIM	professeur...	Président.
		ROHMER	professeur...	Juges.
		ROBERT	agréé.....	
		PARIS.	chargé de cours.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CÉNESTHOPATHIES

États mélancoliques cénesthopathiques de l'âge critique

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 18 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Léon-Paul-Louis JUND

Né à Espartignac (Corrèze), le 4 Mai 1883.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM BERNHEIM
ROHMER
ROBERT
PARIS

professeur...
professeur...
agrégé.....
chargé de cours.

Président.

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I U.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BAUDIN, *, I U, NICOLAS, I U, PRENANT, I U.

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I U.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I U
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I U.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I U.
Physiologie.....	M. ANCEL, A U.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I U
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophthalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I U.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I U.
Anatomie descriptive.....	M. MEYER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I U.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I U.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I U, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A U, agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I U, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FRÖLICH, I U, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I U, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I U, agrégé libre.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I U, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, A U.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. RICHON, A U.	MM. DUFOUR, A U.
L. SPILLMANN, A U.	G. GROSS, A U.	SENCERT, A U.
MICHEL, A U.	FRUHNSHOLZ, A U.	ROBERT, A U.
HOCHÉ, I U.	COLLIN, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U, FÉVRIER, *, I U, ETIENNE, I U,
ZILGIEN, A U, FRÖLICH, I U, SCHUHL, I U, JACQUES, I U, ANDRÉ, I U.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, M, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les désapprouver.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MA FIANCÉE

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse:

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Division du Travail.

Durant notre stage comme interne à l'Asile de Maréville, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas d'un syndrome spécial décrit par Dupré et Camus sous le nom de cénesthopathie.

Les observations publiées jusqu'à ce jour étant bien peu nombreuses, notre Maître, M. le docteur Pâris, médecin en chef du Service des Admissions, chargé de cours à la Faculté de Nancy, nous conseilla, par un examen approfondi de ces malades, de contribuer à l'étude de ce syndrome et de présenter notre travail comme thèse inaugurale.

Nous nous sommes donc appliqué à l'étude des grands symptômes fondamentaux, à la recherche des caractères de fixité et de constance nécessaires pour constituer une véritable entité syndromique, et nous avons aussi tenté

de mettre en relief quelques enseignements utiles fournis par nos observations assez complètes. C'est ainsi que nous avons envisagé la plus grande fréquence des états cénesthopathiques chez les femmes arrivées à la période critique et que nous avons essayé de faire ressortir l'influence de l'hérédité névropathique et de la ménopause sur l'évolution de la maladie et sur les caractères qui pouvaient dans certaines circonstances s'ajouter à la symptomalogie principale et faire errer le diagnostic.

Nous avons divisé notre travail ainsi qu'il suit :

Un premier chapitre est consacré à la définition de la cénesthésie, à l'histoire du mot, au rôle de la cénesthésie dans la constitution de la personnalité et dans la genèse des mélancolies.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les cénesthopathies, type Dupré et Camus, leur étiologie, le diagnostic différentiel avec les différentes affections qui s'en rapprochent.

Nous montrerons qu'à côté des cas très purs signalés par Dupré et Camus, on rencontre des cas mixtes, dont un état cénesthopathique forme la base.

Nous avons eu l'occasion d'observer quelques-uns de ces états surtout fréquents à la ménopause. Leur étude, la relation de nos observations et l'analyse de ces observations feront l'objet de notre troisième chapitre.

Un quatrième chapitre sera relatif au pronostic de ces états cénesthopathiques de la ménopause, au traitement à instituer, à la place qu'il convient de faire à ces malades

dans la classification des affections mentales et au genre d'assistance à leur donner.

Mais avant de commencer ce travail, il nous reste un devoir très agréable à remplir. C'est celui de remercier tous les maîtres, qui, au cours de nos études médicales, nous ont témoigné de l'intérêt et nous ont aidé de leurs conseils.

M. le professeur Bernheim a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous ne saurions trop le remercier du grand honneur qu'il nous fait et dont nous sommes profondément touché.

Nos remerciements vont tout particulièrement à notre maître, M. le docteur A. Pâris, médecin chef de l'Asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant quatre ans. C'est à lui que nous devons les quelques connaissances que nous pouvons avoir en psychiatrie. Nous n'oublierons jamais qu'il fut pour nous un guide juste et bienveillant. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous aider de sa science. Qu'il reçoive ici nos bien sincères remerciements et l'expression de notre inaltérable gratitude.

MM. les docteurs Lalannè et Dezwarte, médecins-chefs à l'Asile de Maréville, nous ont à maintes reprises témoigné de l'intérêt. Nous n'avons garde d'oublier les services que nous leur devons et pour lesquels ils ont droit à toute notre reconnaissance.

M. le docteur Aubry, médecin adjoint à l'Asile de Maréville nous a toujours témoigné une bienveillance toute amicale. Ses conseils autorisés nous furent très précieux dans l'exécution de ce travail. Nous le remercions bien sincèrement.

Nous adressons un souvenir affectueux à tous les camarades que nous avons rencontrés au cours de nos années d'études.

CHAPITRE PREMIER

Cénesthésie.

Définition. — Historique.

En 1840, Henle définissait la sensibilité générale ou cénesthésie (du grec : *κοινός*, commun et *αἴσθησις*, faculté de sentir), « le tonus des nerfs sensibles ou la perception de l'état d'activité moyenne dans lequel ces nerfs se trouvent constamment, même dans les moments où aucune impression extérieure ne les sollicite » ; ou encore « la somme, le chaos non débrouillé des sensations, qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises au sensorium ».

La définition de E.-H. Wéber, plus précise encore, entendait par ce mot « une sensibilité interne, un toucher intérieur, qui fournit au sensorium des renseignements sur l'état mécanique et chimico-organique de la peau, des

muqueuses et séreuses, des viscères, des muscles, des articulations ».

Cette définition est le développement de celles de Condillac, qui entend par cénesthésie « le sentiment fondamental de l'existence », et de Maine de Biran « le sentiment de l'existence sensitive » (1).

Séglas (2) en parle en ces termes : « On a donné le nom de cénesthésie au sentiment que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être.

« Chaque fonction vitale y contribue pour sa part, et de cet apport complexe, résulte cette notion confuse, qui, par une répétition incessante est devenue nous-même au point que nous ne pouvons en rendre compte sans les variations qui l'élèvent au-dessus, ou l'abaissent au-dessous de la normale. »

Grasset (3), dans son schéma général sur le système nerveux, s'exprime ainsi :

« Pris dans son ensemble, ce mot de cénesthésie s'applique à une fonction psychique complexe dans laquelle O (4), intervient. »

Mais la plupart des impressions centripètes, venues des diverses parties du corps, ne dépassent pas, en général, en

(1) RIBOT. — Maladies de la personnalité.

(2) SÉGLAS. — In traité path. mentale G. Ballet.

(3) GRASSET. — Psychisme inférieur.

(4) Centre O de Grasset, centre du psychisme supérieur.

état de santé, les neurones des réflexes et de l'automatisme. C'est donc une fonction polygonale.

Seules, la maladie et leur exagération à l'état physiologique, font parvenir ces impressions cénesthésiques jusqu'à O. »

En effet, à l'état normal, les sensations organiques « n'arrivent (1) qu'à plus ou moins vaguement à la conscience sous forme d'instincts, de besoins de la vie organique, d'impulsions causées par la faim, la soif, la libido sexualis, en rapport avec certaines parties du corps, telles que le pharynx, l'abdomen, etc. ». Elles ne s'arrêtent pas toutes aux étages inférieurs de l'axe nerveux central, déterminant seulement des actes réflexes ou nécessaires, mais une certaine partie aboutit à l'écorce du cerveau, c'est-à-dire aux différentes aires de projections sensitives et sensorielles, et, par les fibres d'association, sont suivies d'un certain « ton affectif » autrement dit, d'états particuliers de la sensibilité générale appelés douleur ou plaisir.

« Il n'y a pas de sensation sans ton affectif (2). »

A l'état habituel, nous ne percevons, en effet, ni notre cœur, ni notre estomac, ni nos poumons. Ce n'est que par suite de modifications apportées à ces organes, soit par une exagération de leur activité consécutive à un effort, par exemple (battements de cœur, essoufflement, sensations de plénitude gastrique à la suite d'une indiges-

(1) SOURIS. — Système nerveux central.

(2) SOURIS. — Système nerveux central.

tion, etc.) ; soit par une altération pathologique d'origine traumatique, toxique ou infectieuse (lésions traumatiques des organes, douleurs des coliques hépatiques, néphrétiques, appendiculaires, douleurs dans le saturnisme, etc.), que nous percevons ces organes de façon désagréable, avec tous les modes d'intensité possible de la douleur, depuis la simple gêne jusqu'aux hypéresthésies les plus aiguës.

C'est ce que Ribot (3) exprime en ces termes : « Le sentiment fondamental de l'existence dans l'état ordinaire d'équilibre, qui constitue la santé parfaite, est, comme nous le disions, continu, uniforme et toujours égal, ce qui l'empêche d'arriver au moi, à l'état de sensation distincte spéciale et locale.

« Pour être distinctement remarqué, il faut qu'il acquière une certaine intensité ; il s'exprime alors par une vague impression de bien-être ou de malaise général, indiquant, le premier une simple altération de l'action vitale physiologique, le second sa perversion pathologique. Mais dans ce cas, il ne tarde pas à se localiser sous forme de sensations particulières rapportées à telle ou telle région du corps..... »

« Si donc, on admet que les sensations organiques venant de tous les tissus et tous les organes....., en un mot, de tous les états du corps sont représentées à un degré quelconque

(3) RIBOT. — Les maladies de la personnalité.

et sous une forme quelconque dans le sensorium, et si la personnalité physique n'est rien de plus que leur ensemble, il s'ensuit qu'elle doit varier avec eux et comme eux et que ces variations comportent tous les degrés possibles, du simple malaise à la métamorphose totale de l'individu. »

Maintenant, il importe d'étudier la façon dont sont perçues ces différentes modifications de l'état cénesthésique chez l'individu normal et chez le sujet à tare nerveuse héréditaire ou chez l'intoxiqué.

M. le professeur Bernheim s'exprime ainsi (1) : « La sphère de la sensibilité générale est la plus riche en psychonévroses. Douleurs de toute intensité et de toutes qualités, localisées dans toute les régions du corps, anesthésies cutanées et profondes, perversions de la sensibilité créant des sensations bizarres, symptômes continus, intermittents, périodiques, avec exacerbations paroxystiques, ou symptômes déterminés seulement par certains actes, tout se réalise par l'imagination, sans substratum anatomique. »

G. Ballet (2) dit encore : « La recherche du mode de développement, de la constitution et des perturbations de la cénesthésie est chez l'aliéné de la plus grande importance..... Comme c'est dans la cénesthésie que réside l'origine première des émotions, de la sensibilité morale, il s'ensuivra des modifications connexes de la vie affective

(1) *Revue Médicale de l'Est*. — BERNHEIM : Neurasthénies et psychonévroses.

(2) G. BALLET. — In traité Pathologie mentale.

qui constituent la base même, le fondement indispensable de certaines formes d'aliénation (mélancolie), et dont les idées délirantes ne seront en quelque sorte qu'une tentative d'interprétation, une justification tentée par le malade ».

Chez un individu doué d'un système bien équilibré, la réaction est en rapport avec l'intensité de l'excitant et l'état pénible ou désagréable mesuré d'après la sensation qui le provoque.

Mais chez ceux dont une prédisposition héréditaire ou acquise, un état névropathique, une auto-intoxication, etc., ont rendu plus fragile l'organisme nerveux, ce bon équilibre n'existe plus, non plus que la relation entre la cause et l'effet.

Certains individus peuvent même accuser des sensations extrêmement pénibles, sans que l'on puisse leur trouver de causes appréciables. C'est dans ce cadre que rentrent une grande partie des malades imaginaires que la littérature a raillés avant que la science n'ait reconnu en eux des êtres pathologiques.

CHAPITRE II

Cénesthopathie.

Définition. — Etude clinique.

Dupré et Camus ont donné le nom de *cénesthopathies* aux « altérations de la sensibilité commune ou interne, c'est-à-dire aux troubles de ces sensations, qui incessamment arrivent au cerveau de tous les points du corps, et qui, à l'état normal, ne s'imposent à notre attention par aucun caractère particulier, soit dans leur intensité, soit dans leur modalité ».

« Les *cénesthopathies* sont, d'une manière générale, les troubles de la sensibilité commune ou interne, de cette sensibilité, qui normalement inconsciente, constitue le fondement de la personnalité. »

C'est une modification du « ton affectif » dont nous avons parlé au précédent chapitre, modification qui, se présentant

sous des influences spéciales et avec des caractères spéciaux, mais toujours identiques, constitue un véritable syndrome sur lequel les auteurs précités ont appelé l'attention.

Nous allons reproduire *in-extenso* deux observations publiées par ces auteurs, nous résumerons les autres en faisant ressortir les caractères fondamentaux constituant le syndrome, caractères que nous affirmerons par nos observations personnelles, tout en insistant sur certains facteurs étiologiques qui paraissent avoir une influence sur l'évolution de la maladie chez certains sujets.

OBSERVATION I

(Empruntée à l'étude de MM. DUPRÉ et CAMUS). — *Encéphale*
de décembre 1907.

M., quarante-huit ans, israélite, de niveau intellectuel élevé, fils unique d'une *mère nerveuse*. Bien portant et de caractère gai dans l'enfance. Rougeole et fièvre typhoïde dans la jeunesse. Marié, a un fils actuellement bien portant, mais *névropathe*. Pas de syphilis.

A vingt ans, troubles digestifs très importants avec douleurs d'estomac, pyrosis, ballonnements du ventre, régurgitations, céphalalgie.

Crises fréquentes et dramatiques d'angine de poitrine, névropathiques, avec irradiation brachiale gauche.

A trente ans, surmenage prolongé de tout ordre ; manque de sommeil, excès vénériens. Aux troubles digestifs, aux accès de douleurs précordiales s'ajoutent d'autres symptômes

dénommés neurasthéniques ; violentes douleurs céphaliques et rachidiennes ; spasmes du pharynx et de l'œsophage, avec entrave à la déglutition et régurgitation.

L'aggravation progressive de cet état oblige le malade à cesser son travail. Nombreuses consultations médicales.

En 1898, séjour de sept mois dans une maison de santé dont le sujet sort nullement amélioré, l'état aurait plutôt empiré.

Médications variées, amaigrissement notable.

Lorsque nous voyons ce malade pour la première fois en 1903, ce sont les troubles cénesthésiques qui dominent la scène morbide. Ils sont riches, tenaces, diffus, mais prépondérants dans les sphères céphaliques, cervicale et thoracique supérieure. Ce sont des sensations pénibles et indéfinissables.

Son cerveau lui paraît comme atrophié, aplati, semblable à une éponge. *Je ne sens plus mon cerveau, je ne me sens plus penser, ça me fait mal comme un vide, je n'ai plus la sensation d'exister.*

La bouche et le pharynx sont comme insensibles, il tire la langue, se mord, se pince, grimace sans cesse, se frappe la tête avec le poing pour tenter en vain de réveiller sa sensibilité perdue. Le palais et le nez sont à la fois insensibles et douloureux. Il se plaint de ne pas les sentir et cependant d'y éprouver une gêne affreuse. Il ne sent plus l'air passer dans les voies aériennes. Il fait des reniflements fréquents, de violentes déglutitions d'air et de salive, qui provoquent des spasmes œsophagiens. Il s'introduit les doigts dans la bouche, se touche la paroi du pharynx et déclare anxieusement qu'il ne sent plus le contact, que toute sensibilité est abolie. Il ne sent plus les aliments, il ne sent plus sa poitrine et son estomac.

Les yeux fermés, il ne se rend plus compte, dit-il, de la position de ses membres.

Il se pince, se pique, s'écorche la face et les membres pour tâcher de se sentir. « Je me sens de moins en moins ; je voudrais bien avoir de grandes douleurs comme autrefois, au moins je pouvais me sentir, maintenant je ne sens plus rien, c'est affreux, tout est comme vide. Je suis accablé d'une angoisse perpétuelle. »

Il entend ce qui se passe autour de lui, mais ne peut plus, dit-il, reconnaître la direction d'un son ni localiser les bruits dans l'espace. Il voit, il distingue les objets, mais les aperçoit souvent grossis ou diminués. Il a parfois quelques illusions visuelles qu'il prétend être de véritables hallucinations.

Au milieu de ces troubles si pénibles, accompagnés d'une grande anxiété, la mémoire, le jugement, l'association des idées, la sensibilité morale, l'affectivité sont intactes.

La mémoire de représentation cependant présente quelques troubles, le malade semble avoir perdu la vision mentale ; il ne peut plus se représenter une personne ou un objet qu'il connaît très bien ; tout en se rappelant les choses jusqu'aux moindres détails, il ne peut éprouver le plaisir de revoir certaines images. Il se rend parfaitement compte de son état morbide, sait que tout ce qu'il ressent vient des troubles de son cerveau, « mais, dit-il, je n'en suis que plus malheureux, car je vois bien qu'on n'y peut rien faire, je devrais me suicider ».

Et pourtant il espère encore, il interroge et consulte sans cesse, tente en vain toutes les thérapeutiques qu'on lui conseille.

L'examen somatique ne révèle pas de lésions viscérales notables. Langue légèrement saburrale ; constipation par moments. Estomac, foie normaux. Rien à noter ni aux poumons ni au cœur. Température normale. Motilité intacte. L'examen objectif de la sensibilité dénote une hypéresthésie généralisée, si l'on s'en rapporte aux dires du malade.

Réflexes cutanés, pupillaires, tendineux et pharyngiens conservés et normaux.

Aucun trouble trophique ni vaso-moteur.

Depuis 1903, le malade, revu par nous à diverses reprises n'a pas varié dans son état.

Nous trouvons chez ce sujet du névropathisme antérieurement au syndrome cénesthopathie et nous relevons dans les renseignements relatés qu'il est issu d'une *mère nerveuse* et qu'il a lui-même un fils *névrophate*.

Dans son enfance, il fut sujet aux migraines et à des troubles digestifs et vasculaires qui, associés à des excès vénériens et au surmenage, contribuèrent à l'éclosion de troubles neurasthéniques. Ensuite apparurent, vers 1903 (le malade étant alors âgé de 45 ans), des troubles cénesthésiques intenses et continus qui finirent par occuper à eux seuls tout le tableau clinique.

Ces troubles auraient, selon les dires du malade, une prédominance marquée sur le segment céphalique et l'appareil digestif.

Il accuse surtout des sensations indéfinissables de vide, de constriction, d'atrophie du cerveau, sensations plutôt pénibles que douloureuses, malaises plutôt que véritables algies, mais s'accompagnant d'anxiété, d'aboulie, parfois de crises de désespérance qui, comme nous le verrons, peuvent faire prendre ces malades pour des mélancoliques ou des hypochondriaques.

Cependant, ce malade, dont nous reproduisons l'histoire, n'a pas perdu complètement espoir, consulte de

nombreux médecins, essaie de nombreuses thérapeutiques, et, en dépit de la longue durée de ses souffrances, ne fait pas de tentatives de suicide.

OBSERVATION II

(Empruntée à MM. DUPRÉ et CAMUS). — Très résumée.

Une deuxième observation a trait à une nommée G..... 39 ans, fille de père tuberculeux et de *mère alcoolique*, morte à 54 ans de cirrhose hépatique, petite-fille de *grands parents maternels alcooliques*.

Une sœur presque idiote, internée à la Maison Blanche (idiotie acquise vers l'âge de 9 ans).

Un frère mort de tuberculose.

La malade est atteinte depuis l'âge de 5 à 6 ans de surdité incomplète survenue à la suite de lésions impétigineuses des oreilles, mais on a simplement noté chez elle comme lésion objective, de l'épaississement du tympan.

Le début des troubles remonte à une dizaine d'années à la suite de surmenage professionnel important (tailleuse).

La dépression psychique est survenue il y a trois ans et a succédé à une violente secousse morale avec accroissement depuis un an, consécutivement à une émotion violente.

Mêmes troubles cénesthésiques que chez le sujet précédent : sensations pénibles, variées, indéfinissables, au niveau des oreilles, front, tempes, yeux et sur le trajet du canal nasal ; sensations de vide, de déplacement des organes intracéphaliques, troubles auditifs entravant le sommeil, malaise et déplacement des organes abdominaux.

Ces troubles sont continus avec crises paroxystiques. Pas

de tentatives de suicide. Visites fréquentes aux médecins, recherche de soins, etc. Aucune affection organique.

L'intensité des malaises semble diminuer après les règles en une accalmie de quelques jours.

Nous constatons ici, chez une dégénérée à lourde tare héréditaire, à l'époque de la ménopause et à la suite de surmenage et d'émotions, des troubles cénesthésiques analogues à ceux que nous avons déjà mentionnés.

Les troubles sont encore rapportés de préférence aux régions frontale et temporale. Il n'y aurait chez cette malade aucune lésion physique susceptible d'expliquer les troubles ressentis, mais elle a eu dans l'enfance une otite bilatérale.

OBSERVATION III

(Empruntée à MM. DUPRÉ et CAMUS). — Très résumée.

B. J....., quarante-neuf ans.

Père mort à 35 ans sur le champ de bataille pendant la guerre de 1870.

Mère morte à 58 ans, *suicidée par pendaison*.

Trois frères ou sœurs morts en bas âge (?) Les quatre survivants sont tous *névropathes*.

La malade fut atteinte d'impétigo jusqu'à l'âge de 17 ans et devint fort triste.

Réglée à 14 ans. Mariée à 21 ans, eut 15 enfants dont 11 sont morts en nourrice. Une de ses filles est nerveuse et emportée, une autre est une imbécile.

La malade est en pleine ménopause. Les troubles dont elle se plaint remontent à 18 mois, au début de la ménopause et

n'ont subi aucune amélioration, malgré un séjour volontaire de 4 mois dans un asile.

Comme les sujets précédents, sensations de malaises indéfinissables, vague oppression, étouffement avec besoin de marcher; de changer de place pour trouver un soulagement. Sensation de cœur comprimé, de serrement à la gorge.

La plupart de ces troubles prédominent du côté gauche du corps, épaule, omoplate, coude, jambe gauche. Tiraillement dans la nuque, dans la tempe gauche, sensation d'horripilation, etc. Démangeaisons, piquûres : « Je me gratte et pourtant il n'y a rien ; on dirait qu'on m'enfonce des épingles ».

Sensation de mouvement, de crispation des intestins.

Organes normaux. Pas de troubles de la motilité, ni de la sensibilité objective. Réflexes normaux.

Même recherche de soins, de remèdes sans soulagement.

Donc, ici encore, apparition chez une malade héréditairement tarée, à l'occasion de la ménopause et à la suite de surmenage, de troubles cénesthésiques de même nature que ceux déjà signalés dans les précédentes observations.

Une particularité est la prédominance de ces troubles à gauche. Nous remarquons le fait que la malade fut affligée d'impétigo jusqu'à l'âge de 17 ans et qu'il s'ensuivit une variation très sensible dans son humeur.

OBSERVATION IV

Très résumée.

Jeune israélite russe, 18 ans.

Père tuberculeux.

Mère constamment malade, va d'hôpital en hôpital sans pouvoir demeurer dans aucun d'entre eux. Deux frères et une sœur, 15, 9 et 6 ans, également toujours malades.

Tous les autres membres de cette famille sont également dolents et font à l'hôpital des séjours successifs, n'y restent que peu de temps, en sortent dans le même état pour y rentrer de nouveau.

Depuis l'enfance, le malade se sent constamment fatigué, dit avoir toujours eu mal à la tête, avoir pris quantité de médicaments sans succès.

Il accuse des troubles divers, caractérisés surtout par asthénie et sensation de fatigue perpétuelle, de douleurs dans la poitrine et l'abdomen.

Ces douleurs n'affectent aucun territoire anatomique, ni fonctionnel spécial, sont de nature imprécise, s'accompagnent d'une sensation de lourdeur vague, de gêne pénible dans la profondeur, de souffrance générale et diffusée à tous les tissus.

Il se plaint d'avoir des points de côté, de ne pouvoir respirer, de cracher du sang, d'avoir toujours froid, etc.

L'appétit est conservé, l'état général excellent. Aucune trace de lésions viscérales, ni de tuberculose pulmonaire.

Aucune médication calmante ni suggestive n'influence favorablement ses souffrances. Toujours aussi lamentable mais non désespéré, le malade sort de l'hôpital pour chercher ailleurs un soulagement à son état.

Nous remarquons le caractère diffus et général de troubles cénesthésiques, chez un sujet jeune, *psychopathe*, sujet aux migraines, à antécédents tuberculeux, à *tare dégénérative accusée* et le caractère familial de ces troubles.

Les symptômes signalés chez les malades précédents se retrouvent chez lui, sans la dépression qui serait en rapport avec la durée des souffrances, et sans délire.

Nous allons maintenant reproduire une observation de Dupré et Camus qui diffère des précédentes en ce que la malade, femme de 48 ans, atteinte de débilité mentale, décrit ses malaises en un style plus imaginé, emploie des néologismes et des comparaisons qui témoignent d'interprétations puériles et absurdes des sensations éprouvées.

Nous avons eu l'occasion, pendant notre internat à Maréville, de rencontrer des interprétations analogues chez deux malades d'intelligence débile et incapables d'analyser exactement leurs sensations.

OBSERVATION V

(Empruntée à MM. DUPRÉ et CAMUS),

L....., quarante-huit ans, bien constituée, en bon état de nutrition.

Antécédents héréditaires. — Père, 75 ans, bien portant, a toujours eu un *caractère brutal et emporté*.

Mère morte paralysée à 66 ans.

Antécédents personnels. — Mariée à 19 ans, a eu une fille morte de gastro-entérite à quelques mois.

Fièvre typhoïde grave et prolongée à 25 ans. Douleurs précordiales et troubles intestinaux à 28 ans, durant plusieurs années, avec faiblesse générale, engourdissements dans les membres inférieurs.

Sensation de boule dans le ventre, l'estomac et l'œsophage. Traitement électrique.

A 39 ans, série de violentes émotions, principalement à l'occasion de plusieurs accès d'angine de poitrine, présentés par son mari.

De cette époque datent les troubles actuels, qui, sans changer de nature ni de forme, n'ont fait, depuis huit ans, que se développer et s'enrichir.

Ce sont des sensations bizarres et indéfinissables dans la tête le cou et les épaules. Ce sont *comme des contractions de nerfs*, des serremments au niveau des deux épaules, comme des crampons fixés dans les fosses sus-épineuses, ce sont, dit-elle, des *attaches*.

Sur les parties latérales du cou, il y a comme des boules qui se déplacent sous la peau, qui montent ou descendent depuis la tête jusqu'au thorax. La malade les appelle des sortes de *pulpes* arrondies, du volume d'un pois, transparentes et peu épaisses. Elles remontent jusque sur la tête, se collent sur les tempes, forment des sortes d'*appliques* qui, par leur réunion sur le sommet de la tête, arrivent à former une véritable *calotte*.

La malade éprouve en même temps des sensations de craquement au niveau du canal nasal, de vide et de dislocation dans le crâne, de serrement et de contraction du cerveau, de trou au niveau du sinciput, de glace au vertex.

Elle a comme un brouillard dans la tête, une pesanteur, une gêne pour penser, un obscurcissement devant les yeux, des nébulosités non extérieures, mais intérieures, et comme morales, qui l'empêchent de voir les objets tels qu'ils sont.

Elle se passe alors souvent la main sur le front, comme pour chasser ce brouillard ; elle grimace, presse sur son crâne, frotte sur ses téguments pour déplacer et chasser ces sensations pénibles. Elle souffre vivement de cet état, craint qu'il ne s'aggrave encore et la conduise à la folie.

Nullement déprimée, elle manifeste au contraire une grande activité. Elle recherche sans cesse une thérapeutique qui puisse la libérer de ses malaises, car, à part ceux-ci, sa santé générale est, dit-elle, excellente. Elle n'est, jusqu'ici, parve-

nue à aucun résultat favorable, l'hydrothérapie seule aurait un peu diminué momentanément les malaises céphaliques.

L'examen somatique des différents appareils ne révèle rien d'anormal.

Aucun trouble objectif de la motricité, ni de la sensibilité.

Les réflexes sont normaux, les réactions pupillaires bonnes.

Cette malade est convaincue de l'existence dans le tissu sous-cutané de *pulpes et d'appliques* dont elle décrit avec détails la forme, le volume, le siège et les migrations.

C'est déjà un acheminement vers les interprétations fausses, vers les idées délirantes hypochondriaques et nous examinerons dans quelles conditions peut se faire ce passage au délire.

En somme, nous retrouvons chez tous ces malades, un ensemble de caractères communs qui nous permettent de les différencier de divers états mélancoliques qui s'en rapprochent.

Ils se plaignent, en général, de malaises insolites, agaçants plutôt que douloureux. Ce sont des sensations indéfinissables, pénibles, mais d'une fixité et d'une localisation topographique remarquable. Signalons, en passant, l'attitude spéciale de ces malades, surtout de ceux dont les malaises prédominent dans la région céphalique, et qui se compriment constamment la tête pour indiquer le siège de prédominance des sensations pénibles qu'ils éprouvent.

On ne retrouve chez eux, ni idées de culpabilité, ni idées d'indignité, ni préoccupations altruistes bien pénibles,

mais des interprétations surtout égotiques. Ces malades, toujours préoccupés de leur état physique, recherchent les soins et acceptent volontiers conseils et médicaments. Malgré une activité cérébrale psychogène plus grande que dans la mélancolie simple, et même que dans les mélancolies délirantes, malgré de grandes crises paroxystiques de désespérance, ils ne font jamais de tentatives de suicide et craignent la mort plutôt qu'ils ne la désirent. Ils acceptent volontiers les aliments, cherchent à intéresser tout le monde à leur malheur, décrivent leurs malaises avec force détails et l'anxiété est en général peu accusée.

Les malades exagèrent parfois à dessein leur préoccupation pour retenir l'attention du médecin ou des personnes susceptibles de leur témoigner de l'intérêt.

Ils ne recherchent pas, comme les délirants, une origine extra-naturelle à leurs troubles. Ils en connaissent le caractère morbide, les rattachent à des perturbations de leur système nerveux et espèrent toujours quelque peu une amélioration malgré leurs fréquentes expressions de désespérance.

Selon l'avis de M. le docteur Pâris, et d'après les constatations que nous avons pu faire à cet égard, ces malades ne conservent généralement pas au même degré que les mélancoliques et les hypochondriaques, leur activité affective et sociale. Ce sont presque toujours des sujets à hérédité névropathique et chez lesquels des préoccupations égotiques ont été remarquées à presque toutes les étapes de l'existence, et qui, à l'encontre des mélancoliques délirants,

restent toujours plus égotiques qu'altruistes. « Ce sont des anormaux de la sensibilité, ce ne sont pas des délirants », mais ils ont aussi une certaine insuffisance mentale accusée par des caractères de niaiserie d'un plus ou moins grand nombre de leurs interprétations.

Cet état est facile à distinguer de la mélancolie simple, affection caractérisée par de la dépression avec sentiment d'impuissance morale et de tristesse, souvent par une diminution plus apparente que réelle de l'affectivité, état dont le malade se rend compte et qui l'afflige. Les troubles de la nutrition sont plus fréquents chez le mélancolique.

Le mélancolique a une attitude spéciale aussi ; il ne recherche pas les consolations, il se tient à l'écart, il cause peu, il se néglige et il manifeste souvent ou des idées de suicide ou le désir de mourir.

Le mélancolique délirant présente, outre les phénomènes dépressifs généraux du mélancolique simple, des idées d'indignité, de culpabilité, de ruine, etc..... C'est un malheureux qui s'accuse et qu'obsède la plus pénible des douleurs morales. Cet état s'accompagne fréquemment du refus des aliments et de tentative de suicide.

L'hypochondriaque, de même, qui interprète ses troubles, qui recherche la cause de ses maux, non en lui-même, mais en dehors de lui, ne doit pas être confondu avec le cénesthopathe.

Les troubles, chez lui, n'ont plus le caractère de fixité que nous rencontrons chez le cénesthopathe ; ses prétendues maladies varient comme ses sensations, suivant qu'il

éprouve tel ou tel malaise et il tend généralement à en trouver la cause première en dehors de son organisme (sortilège, punition, expiation de fautes ou de crimes imaginaires, etc.). Il délire en somme parce qu'il a une plus lourde tare héréditaire.

Le sujet atteint de psychose polynévritique présente des troubles psychiques très spéciaux (surtout troubles confusionnels et de la mémoire) et des troubles objectifs (lésions de polynévrite, douleurs sur le trajet des troncs nerveux), qui ne permettraient pas la confusion avec les cénesthopathies.

Les douleurs des neurasthéniques, sensation de casque, douleurs rachidiennes, plaque sacrée, n'ont pas le caractère des malaises des cénesthopathes. L'affaiblissement des facultés psychiques est plus accusée et s'accompagne de modifications dans l'état général. De plus, ces malades peuvent être favorablement influencés par certains agents thérapeutiques appropriés et par une suggestion bien comprise.

Ces caractères différentiels et autres, sur lesquels nous venons de retenir un peu l'attention, seront aussi mis bien en relief par les observations qui sont surtout la base du chapitre suivant.

CHAPITRE III

Observations et Considérations spéciales.

Nous allons publier les observations de quatre malades en traitement à Maréville depuis de longs mois et chez lesquelles nous avons pu suivre quotidiennement l'évolution de la maladie et en étudier les particularités.

Les deux premiers cas, les plus typiques, ont déjà été publiés par M. le docteur Pâris. Nous empruntons les observations à son ouvrage (1) en y ajoutant quelques renseignements complémentaires que nous avons pu obtenir et en continuant l'étude de la maladie jusqu'à ce jour.

(1) A. PARIS, — Leçons de psychiâtrie, 1909,

OBSERVATION I

(Empruntée à M. le docteur A. PARIS)

Notre première malade est une célibataire, âgée de cinquante et un ans, fille d'un « *original minutieux* », nièce de six déséquilibrés (frères de son père), dont un épileptique.

Sa menstruation, sauf une interruption de quatre mois à l'occasion de la mort de sa mère, a toujours été normale, comme périodicité, dès l'âge de 15 ans (puberté) à l'âge de 47 ans (ménopause), mais toujours très douloureuse. Cette demoiselle n'a jamais eu une belle santé physique, mais elle n'a jamais été atteinte de maladies physiques graves (2) ; elle a reçu une assez bonne éducation, elle a pris le brevet élémentaire, et la première partie de son existence a été relativement douce, elle vécut dans une certaine aisance, puis vinrent des revers, des pertes d'argent et il fallut peiner pour vivre ; elle était en dernier lieu et depuis un assez grand nombre d'années, lorsqu'elle vint à Maréville, ouvrière d'usine de blanchiment, manipulant chaque jour savons, acide chlorhydrique, etc. ; elle travaillait, par conséquent, dans de mauvaises conditions de milieu, et son système nerveux ne pouvait que souffrir de causes d'altération de la santé physique, surtout à l'âge critique et alors que constitutionnellement anormal et qu'une prédisposition originelle s'était

(2) A 22 ans, elle fut soignée pour une maladie d'yeux qui dura un an. Elle ne peut nous renseigner exactement à cet égard. Elle exprime la gêne qu'elle ressentait à ce moment par ces mots : « j'ai eu comme une tombée du front sur les yeux »,

depuis longtemps affirmée. La malade nous dit, en effet, qu'elle a toujours été très scrupuleuse, qu'elle en a beaucoup souffert, qu'elle était fréquemment obsédée par quelque idée qu'elle savait fausse, mais qu'elle ne pouvait chasser de son esprit qu'après quelques jours ou quelques semaines d'examen, de recherches, qu'elle ne pouvait parfois pas interrompre pendant la nuit, qui lui « fatiguaient le cerveau », et, quelque temps après, un nouveau scrupule obsédant surgissait, occasionnant mêmes tracas, qu'elle savait cependant non fondés, et même fatigue cérébrale (voilà bien l'obsession stigmatée de dégénérescence). Elle nous apprend aussi qu'elle eût, à l'âge de vingt-neuf ans, une atteinte de troubles analogues à ceux qu'elle présente aujourd'hui, mais moins accusés alors, et qui nécessitèrent cependant un traitement dans une maison de santé, car elle ne s'alimentait plus, prétendant qu'elle ne le pouvait pas en raison de très pénibles « maux de tête », et parce qu'il lui semblait que son « estomac était fermé ». Elle se rétablit assez bien, en quelques mois, et elle vécut à peu près normalement jusqu'en février 1907, époque à laquelle prédisposition héréditaire, pertes d'argent, privations, peut-être travail spécialement dangereux pour elle et surtout âge critique, ménopause, amenèrent les troubles cénesthopathiques actuels.

Vivant seule et ne s'occupant plus, elle se laissa tomber dans un état de malpropreté repoussante, elle ne changeait plus de linge de corps, elle se nourrissait à peine et fort mal ; il lui arrivait de temps en temps de pousser des cris perçants, même pendant la nuit ; elle se plaignait de « maux de tête » qui lui faisaient perdre l'intelligence et elle parlait parfois de se jeter par la fenêtre, de se noyer, mais, bien qu'abandonnée à elle-même, elle ne fit aucune tentative de suicide. C'est dans ces conditions qu'on fut amené à la placer à Maréville.

Elle est aujourd'hui, comme elle est arrivée dans le service, avec dépression consciente, aboulie consciente, se tenant la tête, les deux mains appliquées sur le front lorsqu'on l'interroge, et disant, même en souriant (si on l'interroge en souriant), éprouver « des maux de tête incroyables » qui lui font croire parfois, ajoute-t-elle, que sa raison se perd, d'où cris, menaces de se donner la mort « mais sans avoir intention de le faire » ; *je ne suis pas folle, je sais ce que je dis et ce que je fais ; vous ne me croyez pas, mais vous avez tort ; ce que je ressens de plus pénible, c'est que je vois tout, je comprends tout, mais je ne le sens pas comme je devrais le sentir ;* vous dites « j'ai froid, j'ai chaud » quand la température varie beaucoup, vous en sentez les nuances, moi, je ne ressens plus cela ; il y a sûrement là (tenant et montrant sa tête) quelque chose qui est anormal ou des veines bouchées ou obstruées ou quoi ? — Je ne sais pas. Je ressens comme des cereles de fer autour de la tête, comme de fines piqures d'aiguilles rougies au feu, et dans tout le corps, c'est une raideur complète. J'ai les yeux raidis ; c'est par là que j'ai commencé à souffrir ; il me semble qu'ils ne remuent pas, qu'ils ne sont pas mobiles ; la vue est myope, mais la vue est bonne (elle est réellement myope). Je n'ai rien de mal du côté des oreilles, je ne le crois pas, j'entends bien, et le goût et l'odorat sont bien conservés ; c'est plutôt le sens du toucher qui est atteint, ainsi, j'ai voulu caresser un petit chien, je l'ai pris dans les mains, mais je l'ai caressé gauchement ; si je touche des journaux, je les déchire ; si je touche un objet, je le laisse tomber. C'est répandu par tout le corps ; sûrement tout le sens du toucher est altéré.

« L'estomac, en tant qu'organe (*sic*), doit être bon puisque je ne vomis pas ; seulement une demi-heure après le repas, je ressens comme si une poche se refermait et comme une *barre* à la place de l'estomac. J'ai des sensations de *raideur*

dans les membres, je n'ai plus de souplesse ; il me semble que j'ai entre les doigts de petits morceaux de bois qui les tiennent raides ; il manque quelque chose comme l'huile dans une machine à coudre ; *il y a quelque chose qui n'existe plus en moi* ». Et elle répète à chaque instant : « Je ne suis plus comme une autre, je ne pense plus comme une autre, il y a quelque chose d'obstrué dans le cerveau. » Elle dit aussi : « L'année dernière, j'ai eu toutes les peines du monde à faire une simple adresse de lettre ; je l'ai faite, mais difficilement ; la lecture me fatigue, tout me fatigue ; vous ne savez pas ce que vous me faites souffrir en me questionnant (et elle ne remarque pas qu'elle parle d'abondance dès qu'on lui a adressé une ou deux questions relatives à son état de santé, qu'elle continue à donner des explications qu'on ne lui demande pas ; *elle paraît même très contente de retenir un peu l'attention*, elle parle encore lorsqu'on la prie de se retirer). Je sens dans la tête comme des *mouvements de griffes*, ajoute-t-elle encore, de griffes qui me donnent l'impression d'*étrainte*, de *serrement* et, parfois, si je suis à la chaleur (elle disait, il y a un instant, ne plus distinguer le chaud du froid), il me semble que cela gonfle (montre toujours la tête), que cela va dilater le crâne, mais je sais bien que la boîte crânienne est assez solide pour que cela n'arrive pas, que cela n'éclatera pas. »

Lui demande-t-on pourquoi elle ne s'occupe pas, elle répond : « Je ne peux pas, parce que je ne peux pas ; je ne peux pas vous donner de motif autre que : je ne peux pas corporellement ; je suis toute changée ; autrefois, j'étais timide, je rougissais, maintenant je ne sens plus, je ne distingue plus comme autrefois ; on me parle haut, j'élève la voix ; on me parle grossièrement, je réponds grossièrement, je n'aurais pas fait cela autrefois, j'étais bien trop réservée. »

Jamais cette demoiselle n'attribue les troubles qu'elle prétend ressentir à quelque influence mystérieuse, jamais elle n'en cherche la raison dans son passé, elle n'a pas la moindre tendance à l'auto-accusation, ni à l'idée de persécution ; il ne peut être question ici d'interprétations se rattachant à un délire ; cette affirmation de la malade l'atteste amplement du reste : *J'ai bien cherché, depuis de longues années, car à vingt et un ans déjà, j'ai été un peu comme cela, mais moins, et je ne vois pas d'où cela peut provenir.*

Depuis, elle n'a présenté aucune modification dans sa mentalité et tous les médicaments et hypnotiques qu'elle a pris n'ont pu modifier l'expression de ses plaintes, de sa désespérance.

C'est une dégénérée supérieure, dont le système nerveux n'a jamais fonctionné normalement et qui a eu une première atteinte de dépression à vingt et un ans, à la suite de troubles physiques légers, de surmenage et d'ennuis.

Une deuxième atteinte, mais plus accentuée, se produisit à vingt-neuf ans et une troisième beaucoup plus marquée encore est l'atteinte actuelle à l'occasion de la ménopause, plus grave que les précédentes puisqu'elle dure depuis quatre ans, sans tendance à s'atténuer.

OBSERVATION II

(Empruntée à M. le docteur PARIS)

Chez notre seconde malade, âgée de cinquante ans, ouvrière de manufacture de tabacs, mariée, fille d'une *névropathe*

dont nous ignorons les antécédents héréditaires (1), les antécédents individuels offrent une grande analogie avec ceux signalés dans le premier cas ; de santé physique toujours un peu précaire, notre malade eut ses premières règles à l'âge de dix-huit ans seulement, et elle fit à cette occasion, dit-elle, une « maladie de nerfs » qui dura un an environ, caractérisée par des crises de nerfs, des pertes de connaissance (?) (2), la perte du goût du travail, une irascibilité dont elle n'était pas coutumière auparavant, des cris, des pleurs, troubles qu'elle attribue surtout « à une croissance trop rapide » (femme de taille élevée). Elle se maria à l'âge de vingt et un ans, donna, deux ans après, le jour à une fille, aujourd'hui mariée et jouissant d'une bonne santé ; à l'âge de vingt-huit ans, elle eut une pneumonie suivie de « crises de nerfs », analogues aux premières ; elle eut ensuite de la grippe chaque hiver, et fut atteinte, en 1906, de fièvre typhoïde ; enfin elle est affligée d'une otite gauche et suppurée depuis l'âge de vingt ans.

Dès le commencement de l'année 1907, la menstruation devient irrégulière (âge critique) et apparaissent les troubles dont il va être question et pour lesquels elle consulte sans succès « presque tous les médecins de Nancy » et de sa localité. Elle présentait bien déjà moins d'aptitude au travail, de

(1) Nous avons appris que le père de cette malade *était alcoolique*. Sa mère est morte à 70 ans d'un cancer de l'estomac et avait toujours été *très nerveuse*.

Un *cousin germain* (fils d'une tante maternelle) a été soigné longtemps pour *neurasthénie*.

Deux de ses tantes étaient très nerveuses.

(2) Elle n'est certainement pas épileptique, troubles plutôt hystérisiformes.

la céphalalgie par crises fréquentes, une irritabilité qui ne lui permettait pas de supporter aucune contradiction, mais c'est surtout en 1907 (1) qu'elle se plaint de douleurs continuelles de tête, de douleurs dans les articulations, d'une sensation de fatigue générale avec engourdissement de la pensée, sensation de vide dans la tête et insomnie ou sommeil troublé par des cauchemars très pénibles (visions de cadavres, d'enterrements, etc...), et, comme en juillet 1907, elle ne cesse de gémir, de se plaindre, disant souvent qu'elle aimerait mieux mourir que de traîner longtemps une telle existence, ses parents craignent quelque tentative de suicide et on l'envoie dans le service d'admissions. Mais, à peine arrivée, tout en confirmant tous les renseignements précédents, elle proteste véhémentement contre son placement dans un asile d'aliénés, criant qu'elle est malheureuse, qu'elle souffre beaucoup, qu'elle a pu dire qu'elle voudrait bien être morte, mais qu'elle n'a fait aucune tentative de suicide, et qu'elle n'aurait jamais assez de courage, assez d'énergie pour se donner la mort ; « ma place n'est pas ici, ajoute-t-elle, je ne suis pas folle, mes parents ne m'ont pas comprise, je veux aller dans un service d'hôpital ». Comme elle ne paraît alors dangereuse, ni pour elle ni pour l'ordre public et qu'elle se maintient relativement calme sur la promesse d'être envoyée dans un hôpital, M. le docteur Pâris se fait son interprète en appuyant son désir près de l'administration préfectorale et elle est placée dans un service d'hôpital, d'où elle sort après un séjour

(1) A la fin de l'année 1906, elle eut la fièvre typhoïde, restée 21 jours, et eut une convalescence très longue. En janvier 1907, elle constata que ses maux de tête étaient plus violents en même temps que l'écoulement d'oreilles continuait et se produisait des deux côtés.

de deux mois et demi, assez bien pour reprendre ses occupations habituelles.

Elle reste en rémission pendant quelques mois, puis les troubles reparaissent peu à peu. Au commencement de mai 1908, elle dit éprouver une violente céphalalgie continuelle, telle qu'elle n'y voit plus, qu'elle ne peut plus travailler, et elle se figure qu'elle va mourir d'un instant à l'autre ; elle se désole en pensant à cette fin proche, elle gémit, elle crie, elle appelle constamment auprès d'elle mari, enfants, et tout travail deviendrait impossible pour eux s'ils prêtaient attention à ses désirs. Comme ils sont contraints, par obligations professionnelles, de la laisser souvent seule, elle ouvre la fenêtre de sa chambre, et, en chemise, appelle les passants, leur crie son malheur, annonce sa fin proche et leur demande de venir assister à son agonie, dire à son chevet les prières des agonisants. Ses parents ne peuvent évidemment plus la conserver, on l'envoie de nouveau à Maréville. Elle est dominée surtout par la pensée d'une fin très proche, elle se croit constamment à son dernier jour, elle prétend que tout est déjà mort en elle, que son cerveau se vide, qu'elle ne peut plus parler, plus manger, et elle prend régulièrement ses repas, sans se faire prier, et elle parle très volontiers, et même avec calme et lucidité lorsqu'on l'interroge sur des choses complètement étrangères à ses préoccupations habituelles ; elle ne manifeste aucune tendance au suicide, elle semble plutôt avoir peur de mourir, bien qu'il lui arrive, de temps en temps, de dire : « Je voudrais bien que ce soit fini pour ne plus souffrir comme cela ». *Elle aime à retenir l'attention, à ce qu'on s'occupe d'elle* ; il suffit de lui demander seulement de donner quelques renseignements sur son état habituel pour atténuer son angoisse tout en déterminant un afflux d'explications dans le genre de celles-ci : « Je vais horriblement mal, j'ai le corps raidi, cela sonne dans ma tête,

je suis malade, je souffre le martyr (entre temps, on la fait sourire assez facilement par quelques mots de plaisanterie, même lorsqu'elle parle de ses douleurs) ; je souffre ainsi depuis deux ans, mais je n'ai pas perdu la raison ; j'en veux et j'en voudrai toujours à mon mari et à mes enfants de m'avoir placée ici, je ne suis pas à ma place ; j'ai la tête malade, j'ai la tête gâtée, je le répéterai jusqu'à la mort ; j'ai tout le corps raidi ; je n'ai jamais perdu la raison, mais j'ai trop répété que j'avais le corps raidi, que j'avais la tête vide, c'est ce qui a fait mon malheur, cela a fatigué mon mari et mes enfants ; je me mettais en chemise à la fenêtre, cela est vrai, mais je n'étais pas folle, ma tête est vide, j'ai une sensation de vide, je suis froide, je suis raidie, tout est raidi en moi, aucun docteur n'a jamais compris mon mal et j'en ai consulté cependant, mon mari a dépensé tout son avoir, il a fait tout au monde pour arriver à me guérir, mais on n'y parviendra pas, je sais que je vais mourir, je ne passerai pas la journée ; je n'ai pas perdu la raison, et, jusqu'au bout, je ne la perdrai pas !...

« Je crois que c'est le mal d'oreilles que j'ai eu autrefois qui a fait que cela m'a rongé l'intérieur de la tête ; tenez, dit-elle, en montrant du cérumen qu'elle retire de l'oreille affectée d'otite chronique, toute ma tête s'en va comme cela, en pourriture (1). »

Cette femme, sous l'influence de l'alitement, de bains prolongés et surtout d'injections de chlorhydrate de morphine, présenta une rémission qui dura quatre mois et put

(1) Simple interprétation fausse, non interprétation délirante.

reprendre son travail, mais les troubles ne tardèrent pas à reparaître, et la malade, dont les crises de désespérance sont cependant moins accusées, peut être conservée dans un hôpital ordinaire.

Aucune thérapeutique ne peut, dit-elle, la guérir. « Je sens bien que je suis perdue, je ne peux plus m'occuper, je ne tiens plus à rien, à personne, je ne pourrais même plus pleurer s'il m'arrivait un grand malheur. Je suis indifférente à tout... »

Nous avons eu l'occasion de la revoir à diverses reprises, et son état ne s'est nullement modifié.

Nous remarquons donc ici encore une réunion de symptômes analogues à ceux que présentait la malade précédente. Ces troubles sont apparus chez une femme prédisposée, de santé physique débile, affligée d'une otite devenue chronique, et on constate chez elle aussi, à l'occasion de la ménopause, une recrudescence et une permanence des troubles plusieurs fois accusés, mais avec une intensité moindre antérieurement, et suivis plusieurs fois de rémissions.

OBSERVATION III

(Personnelle)

M^{me} O....., quarante-huit ans, ménagère, mariée, entrée à Maréville en février 1909.

Appartient à une famille de « nerveux ».

Son père est mort à trente-six ans, tué par la foudre.

Sa mère, morte à quatre-vingts ans, était *très nerveuse* et entraînait facilement dans de violentes colères.

Un frère mort à deux ans, de fièvre cérébrale (?).

La malade, de niveau intellectuel moyen, a eu une enfance normale. Elle alla à l'école jusqu'à l'âge de treize ans, et apprenait, dit-elle, avec assez de facilité.

Comme unique maladie, dans son enfance, elle eut la rougeole dont elle guérit, du reste, sans aucune complication.

A onze ans, se trouvant dans les champs avec son père, pendant un orage, la foudre tomba près d'elle, et son père fut tué à ses côtés.

Elle ressentit un choc très violent, fut vivement impressionnée, resta même plusieurs heures sans pouvoir parler, devint extrêmement nerveuse et irritable. Elle ne tolérait plus aucune remontrance, « pleurait pour rien », s'effrayait et sursautait au plus léger bruit et se renfermait chez elle au moindre coup de tonnerre.

Elle fut réglée à quatorze ans, mais au début, les menstrues étaient peu abondantes. La malade présentait de l'anémie et un médecin lui fit prendre des vins toniques et du fer.

Elle se maria à vingt ans. Son mari, cultivateur, était bien portant et très bon pour elle.

Elle eut trois enfants. L'un, mort à quelques jours, de *convulsions* infantiles. Une fille, âgée actuellement de vingt-cinq ans, bien portante, mariée, ayant deux enfants normaux.

Une autre fille, âgée de vingt-trois ans, *très nerveuse*, irritable, s'emportant pour un rien. Cette dernière, mariée, a perdu une fille, morte à trois semaines par suite de *convulsions* infantiles.

La malade eut son premier enfant à vingt et un ans. Elle le nourrit au sein pendant trois semaines. Pendant cet allaitement, elle eut une grande frayeur : sa mère eut une syncope (?) pendant la nuit et elle se trouvait seule pour lui porter secours.

A la suite de cette épouvante et des fatigues qu'elle avait eues, la sécrétion lactée fut tarie, et, en l'espace de trois à quatre jours, dit-elle, son caractère se modifia considérablement. Elle avait, ajoute-t-elle, *la tête perdue, des sensations de vide dans le crâne, de tiraillements dans la région mastoïdienne*. « Je n'avais plus de courage, je ne pouvais plus m'occuper, il me semblait que je ne guérirais jamais ; *je suis allée trouver plusieurs médecins* (1) qui m'ont ordonné des grands bains. Je n'ai jamais eu l'intention de me faire du mal, pas plus qu'à mon enfant, mais je n'avais plus le cœur à faire mon ménage et je m'en allais en emportant mon enfant, qui se passait quelquefois, comme moi, de manger pendant une journée entière. *J'étais surtout préoccupée de mon état* et je demandais à tout le monde si je guérirais. Je n'étais cependant pas folle, je raisonnais bien, mais je pleurais quelquefois sans pouvoir me retenir. »

Elle s'améliora insensiblement, mais son retour de couches ne se fit qu'au bout de sept mois. La guérison était complète, dit-elle, au début de sa seconde grossesse.

Le second accouchement se passa bien. Elle éleva son enfant au sein pendant neuf mois, sans ressentir aucun trouble et fut réellement bien portante pendant une dizaine d'années.

A l'âge de trente-cinq ans, nouvelle atteinte de troubles analogues à ceux présentés précédemment, à l'occasion de fatigues et de surmenage. Même guérison assez rapide par le repos et l'alitement.

Au mois de juin 1908, un soir d'orage, la malade fut très effrayée. Elle nous raconte que pendant qu'elle bâillait, elle fut surprise par un violent coup de tonnerre, et par suite

(1) Spontanéité et ténacité que l'on ne verrait pas chez une mélancolique simple.

d'une violente contraction musculaire, elle se fit une luxation du maxillaire inférieur. Cette luxation produite le soir à huit heures ne fut réduite que le lendemain matin à dix heures, et la malade souffrit beaucoup.

Ce fut l'occasion d'une nouvelle atteinte de troubles cénothopathiques (elle se trouvait à ce moment au début de la période critique). Elle fut soignée chez elle inutilement pendant plusieurs mois, *consulta nombre de médecins*, et en raison des crises bruyantes de désespérance qu'elle présentait, on dut la placer à Maréville. (Il est à remarquer que les crises sont surtout accentuées aux époques menstruelles.)

Elle est actuellement dans le même état qu'au moment de l'admission, incapable de s'occuper, souvent très déprimée, demandant toujours et à tout le monde quand elle guérira. Elle exprime ses souffrances, comme les autres malades, en termes imagés. — « Il me semble qu'on m'arrache la tête. Il me semble que ma tête est serrée, qu'on m'enfonce des épingles. Il y a des jours où je ne peux pas travailler, ma tête est barrée, ça résonne dans ma tête... Je n'ai pas perdu la mémoire, je ne suis pas folle, mais je ne sens pas comme avant. Il me semble que je passerais des jours entiers sans manger et sans éprouver la sensation de la faim. Je ne sens plus le froid et le chaud comme les autres personnes. »

Elle est cependant plus sujette que les deux précédentes aux interprétations fausses. Elle se demande si « on ne lui a pas brisé les nerfs du crâne », en réduisant sa luxation. Elle nous dit « ça cause dans ma tête, ça dit que je ne guérirai pas, mais ce sont sans doute mes nerfs qui causent » (1). Elle voudrait bien guérir, dit-elle, pour reprendre sa place auprès des siens.

(1) Il n'y a pas là d'hallucinations de l'ouïe.

Comme les précédentes, cette malade cause volontiers, est satisfaite qu'on s'occupe d'elle, cherche à retenir l'attention sur ses souffrances, indique par la même mimique le siège des douleurs, sourit si on l'interroge en souriant.

Les crises de désespérance sont cependant plus fréquentes chez elle, les interprétations fausses également, en raison de sa mentalité plus inférieure, mais les mêmes symptômes se retrouvent bien indiqués.

Elle aussi a eu des troubles analogues moins accentués antérieurement et suivis de rémissions. Un trouble physique (luxation du maxillaire) et son traitement (réduction) donnent une orientation à ses interprétations puériles, au besoin d'interprétations bizarres, qui semble en quelque sorte imposé par une tare originelle à tous les malades de ce genre.

Ces troubles se sont reproduits plus accentués et de plus longue durée à l'occasion de la ménopause.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

M^{me} B...., 72 ans, atteinte de débilité mentale très accusée.

Père mort à cinquante-deux ans, *tuberculeux*. Il avait des *habitudes alcooliques* et était *très nerveux*.

Mère morte à trente-sept ans, du choléra (1852). Fut toute sa vie sujette aux migraines.

Un frère, soixante-quatre ans, *névropathe*.

La malade, elle-même, a toujours été *très nerveuse*, facilement irritable.

Elle fut réglée à treize ans, toujours assez régulièrement, mais les règles étaient peu abondantes, douloureuses et le nervosisme augmentait aux époques menstruelles.

A vingt ans, elle eut une grossesse qui se termina normalement.

Elle allaita elle-même son enfant (fille) qui fut toujours très nerveuse et qui, durant son existence, fut soignée à plusieurs reprises dans les hôpitaux « pour des crises de nerfs (?) »

La malade se maria à trente-deux ans. Son mari âgé alors de vingt-six ans, coupeur en chaussures, était bien portant, mais faisait fréquemment des excès alcooliques.

Elle fit deux fausses couches de deux à trois mois, dit-elle, l'une après quatre ans de mariage (elle l'attribue au surmenage), l'autre deux ans après.

La première fausse couche fut suivie de prolapsus utérin et la malade porta un appareil.

A trente-huit ans, elle fut soignée chez elle pour une inflammation d'intestins et fut plusieurs mois très malade.

En 1887, sa fille mourut d'une pneumonie. Elle fut très affectée de ce décès, et à la suite de l'émotion et des fatigues qu'elle s'était imposées pendant sa maladie, sa menstruation cessa.

(Déjà depuis quelques mois, les règles étaient irrégulières, peu abondantes et la malade se plaignait de violents maux de tête.)

A ce moment, elle commença à présenter des troubles analogues à ceux que nous constatons actuellement. Elle se plaignait de *ne plus se sentir comme avant*. Il lui semblait qu'elle avait quelque chose d'*obstrué dans le cerveau*, que tous ses nerfs *s'entrecroisaient* dans sa gorge et empêchaient les mouvements de déglutition de se faire. Elle se déclarait incapable de s'occuper, était sans cesse préoccupée de sa santé, *essaya*

de nombreux remèdes et consulta de nombreux médecins. Elle présentait des paroxysmes d'angoisse, mais ne fit jamais aucune tentative de suicide, quoique désirant, disait-elle, beaucoup la mort.

Son mari, travaillant chez lui, pouvait exercer sur elle une surveillance continue, et elle ne fut jamais placée dans un hôpital. Il est à signaler cependant qu'elle *faisait* depuis quelques mois avec son mari de fréquents excès alcooliques (vin surtout). Elle présenta à cette époque de l'eczéma de la face pour lequel elle fut soignée à son domicile et qui guérit assez rapidement.

A la mort de son mari, qui succomba à une hémorragie cérébrale, elle entra dans un hospice de vieillards où elle continua à présenter les mêmes troubles, mais les crises de désespérance devinrent de plus en plus accusées et de plus en plus fréquentes et la malade, étant une cause de dérangement continu pour ses voisins, ne put être conservée à l'hospice et fut placée à Maréville.

Elle est actuellement dans le même état qu'au moment de l'admission, se plaignant continuellement de malaises qu'elle définit comme les malades précédentes en termes imagés. Elle ne sent plus comme avant ; « *j'ai le dos qui bout et les pieds très froids, dit-elle.* J'ai une boule de feu dans l'estomac ; je sens bien que je ne dois plus manger, puisque je suis enragée. » Mais elle interprète d'une façon plus absurde les malaises qu'elle ressent. Elle les attribue à l'eczéma qu'elle a présenté et qui doit être rentré dans son cerveau et l'a rendue enragée.

Elle fait des déglutitions d'air qu'elle renvoie ensuite et prétend que c'est *la rage qui remonte*. Elle est sujette à des crises de désespérance pendant lesquelles elle crie, demande à mourir, insiste pour qu'on la tue, etc. Cependant, elle n'a jamais essayé de se donner la mort et déclare elle-même qu'elle n'en aurait pas le courage.

Elle cherche à intéresser tout le monde à son état, demande continuellement des consultations et des remèdes, exagère ses plaintes lorsqu'elle aperçoit les médecins, etc. « Vous voyez bien, dit-elle, que j'ai tout le dessus de la tête en feu, mon cerveau s'en va par le nez (elle montre un peu de sang), mes oreilles sont malades, mais c'est surtout à la gorge que je suis serrée : *c'est la rage qui m'étouffe*. Tout est désorganisé dans mon ventre, dans mes membres ; je ne peux plus rien prendre, plus rien manger ni boire. Je donnerais volontiers deux doigts de ma main tout de suite pour être comme les malades qui m'entourent, pour ne plus me rendre compte.... »

Elle ne s'aperçoit pas qu'elle ne gémit plus pendant qu'elle nous cause. Elle est satisfaite de retenir notre attention, mais elle recommencera ses cris dès qu'elle nous verra nous éloigner.

Chez cette malade très débile, nous retrouvons, outre les grands symptômes signalés chez les malades précédentes, une tendance plus accusée aux interprétations délirantes absurdes, développées à l'occasion d'un trouble physique (eczéma) et une tendance à croire à la réalité de ces interprétations.

Se disant atteinte de la rage, elle refuse de temps en temps de s'alimenter, et doit être l'objet d'une surveillance particulière.

Nous relevons chez elle, outre la tare héréditaire, des habitudes alcooliques, et nous signalons l'apparition des troubles en coïncidence avec l'établissement de la ménopause et leur aggravation progressive avec l'âge.

Quant à donner à tous ces états une origine purement psychique, à en faire une simple modification du « ton affectif », du sensorium, sans lésion organique antérieure, cela nous semble peu conforme à la réalité.

Nous retrouvons, chez presque tous ces malades, une occasion objective, qui a pu, sinon créer la maladie, du moins orienter les troubles.

La prédominance des malaises que nous avons observés, leur grande fixité dans une région où, antérieurement, le malade a présenté de tels troubles, viennent à l'appui de notre assertion.

Les sensations prédominent dans la région céphalique chez cette malade, sujette aux migraines depuis l'enfance et ayant eu une otite bi-latérale ; dans la région thoracique chez une autre ayant présenté des troubles circulatoires et des crises d'angine de poitrine ; dans la région abdominale chez une troisième chez laquelle se sont manifestés de sérieux troubles gastriques et intestinaux, etc.

N'y a-t-il pas eu, dans ces cas, chez des sujets déjà prédisposés, dont les centres nerveux sont en état de moindre résistance, adjonction d'un état morbide spécial ?

Beaucoup d'aliénistes signalent la coexistence fréquente de lésions somatiques avec les états mélancoliques. Joffroy, en particulier, considérait la mélancolie comme « l'expression psychique d'un trouble somatique profond ».

Picqué (1) a mis en relief le rôle de l'intervention chirurgi-

(1) PICQUÉ. — *Annales médico-psychologiques*. Séance du 25 janvier 1909.

gicale dans la guérison de certains délires mélancoliques d'origine infectieuse et explique comment il peut se faire que, dans certains cas, la guérison ne se produise pas, alors que tous les foyers infectieux ont été supprimés. Son élève Latapie, dans sa thèse, a insisté sur le rôle de la prédisposition dans la production des symptômes mentaux et montre que ceux-ci ne se rencontrent pas également chez tous les malades pour un même degré d'infection.

La prédisposition commande, en quelque sorte, la forme clinique du délire d'origine infectieuse, et l'on peut, dès lors, dit-il, préjuger d'avance le résultat de l'intervention.

Quand l'état dégénératif est peu prononcé, l'infection s'est bornée à mettre en marche cette prédisposition, mais quand l'état mental a subi une détérioration trop complète, l'intervention est inefficace. De même, après une intervention efficace, des récidives peuvent se produire. « Les malades présentaient une prédisposition avant l'infection ; ils l'ont conservée après l'intervention. Ils ont, dès lors, pu délirer auparavant, comme ils peuvent délirer une fois l'infection guérie, et sous l'influence d'une cause quelconque. »

Dans certains cas d'aliénation mentale occasionnés par des excès alcooliques chez des individus prédisposés, et après la disparition plus ou moins rapide de tous les troubles manifestement d'origine alcoolique, on trouve souvent une folie vésanique seule, que l'on ne pourrait plus rattacher à l'influence de l'alcoolisme, si l'on n'avait pas de renseignements valables sur les antécédents du malade.

Anglade (1) signale l'influence des névrites périphériques sur les troubles de la sensibilité.

« Il n'est pas difficile de trouver dans un asile des malades dont le délire roule presque tout entier sur des troubles de la sensibilité.... »

Il cite l'observation d'un homme âgé de 47 ans, à hérédité très chargée du côté maternel, dont une tante est aliénée, une autre imbécile, la mère aliénée et internée.

La maladie, chez lui, a débuté à l'occasion d'une frayeur, par des tiraillements d'estomac, des secousses dans la tête, un bruit de grelot dans les oreilles. Il a eu, pour employer ses propres termes, un an avant son internement « *un coup de sang au poignet (érythème) rentré ensuite dans le corps* ». Un délire de négation apparaît bientôt. Il n'a « pas de tête, son cerveau s'est écoulé par le nez, ses yeux ne sont plus fixés dans leur orbite ». Il ne distingue plus les couleurs, voit tout en blanc, n'a plus de sang, etc... Son estomac ne fonctionne pas, ses boyaux sont collés, son anus est fermé. Une sensation sur laquelle le malade insiste particulièrement est la sensation de froid très vif, de secousses électriques par tout le corps, surtout dans les yeux et les membres.

Mort après deux ans de séjour à l'Asile.

Une autre observation est celle d'une femme de cinquante-neuf ans, à l'hérédité très chargée, chez laquelle

(1) ANGLADE. — *Annales médico-psychologiques*, 1899, sur les névrites périphériques des aliénés.

on observe du vitiligo généralisé. Aux troubles graves de la sensibilité qu'elle présente, correspondent des lésions du système nerveux périphérique. Morte après un an d'internement.

Une troisième observation, publiée par le même auteur, est celle d'une « femme de quarante-huit ans, sans antécédents héréditaires connus chez laquelle la ménopause datait de trois mois seulement. Son délire se caractérisait par des idées de persécution et des idées de négation et, surtout, des troubles de la sensibilité générale.

« Elle avait les pieds gelés ainsi que la tête, insistait, tout particulièrement, sur les sensations pénibles qu'elle éprouvait de ce chef et se demandait si elles provenaient du « sang ou des nerfs », selon ses propres expressions.

« L'alimentation était toujours difficile, souvent impossible sans le secours de la sonde.

« La sensation du froid fit place à une sensation de chaleur vive. La malade se découvrait par les plus froides nuits de l'hiver, se levait pour aller boire à la fontaine et refusait de prendre jamais un aliment chaud.

« La nutrition des extrémités a toujours été mauvaise. Peu à peu les forces musculaires vinrent à s'affaiblir ; les membres étaient amaigris, impotents.

« La sensibilité à la douleur avait disparu, ainsi que les réflexes. La mort survint peu à peu, dans le marasme. »

Chez tous ces malades, ajoute l'auteur, le microscope a montré, dans les nerfs périphériques, des lésions importantes.

Il s'agit évidemment, dans les trois cas précités, des lésions très avancées ayant entraîné la mort dans un très court délai.

L'études des cénesthopathies étant encore trop récente, des études microscopiques sur les lésions que pourraient présenter les nerfs périphériques n'ont pu être faites. Cette étude ne nous eût, du reste, pas prouvé la priorité des lésions de ces nerfs sur celle de la moelle ou du système nerveux central, les méthodes d'investigations si perfectionnées qu'elles soient étant encore insuffisantes.

Nous avons seulement voulu faire remarquer cette influence des lésions locales périphériques (lésions cutanées, impétigo, vitiligo, otites, etc.) qui ont pu être le point de départ pour l'organisme de certains poisons microbiens.

Le fait que certains cénesthopathes ont présenté des rémissions et que la plupart de ces malades sont des femmes arrivées à la période critique, nous porte à croire, ainsi que notre Maître, M. le docteur Pâris, nous l'a fait entrevoir, que les glandes à sécrétion interne jouent un grand rôle dans les récives ou les exagérations de ces troubles subjectifs « latents » et leur chronicité.

Il est vraisemblable, dit en effet Gley (1), que l'action des cellules des corps jaunes est celle « d'une glande à sécrétion interne. C'est sans doute à l'absence de ces glandes qu'il faut rapporter les troubles trophiques connus depuis longtemps, consécutifs à la castration chez la

(1) GLEY. — In *Physiologie* Mathias, Duval et Gley, 1907.

femme, tels qu'asthénie, tendance à l'obésité, *et peut être aussi les désordres nerveux* observés dans le même cas, céphalés, sueurs, rougeurs (troubles vaso-moteurs), vertiges, etc. »

On connaît la fréquence des états mélancoliques de la ménopause.

Une autre preuve de l'influence d'une auto-intoxication est tirée de ce fait que ces malades, si on peut calmer momentanément leurs souffrances par des paroles réconfortantes, ne sont pas justiciables d'un traitement suggestif.

La cénesthopathie diffère donc en cela des psychonévroses.

M. le professeur Bernheim (1) s'exprime ainsi à propos de certaines formes de neurasthénies. « La maladie quelquefois engendrée par suggestion, lorsqu'elle est simplement nerveuse, dynamique, est rebelle à la psychothérapie, quand l'infection ou l'hérédité greffe sur elle ses produits de dysérasie nutritive. »

Et plus loin : « Le champ des psychonévroses est assez vaste pour qu'on ne l'étende pas outre mesure à toutes les manifestations qui nous apparaissent sans lésion et que nous ne pouvons pas expliquer. Le mot « *c'est nerveux* » satisfait quelquefois les médecins et les malades, s'il ne les guérit pas. Mais je suis enclin à suspecter autre chose

(1) BERNHEIM. — *Revue Médicale de l'Est*, 1908. Neurasthénies et psychonévroses.

que le psychisme pur, quand je constate des troubles fonctionnels, sans substratum organique apparent, mais opiniâtres et rebelles à la thérapeutique. »

Quant à la forme spéciale de la maladie et à son évolution, nous avons indiqué en passant le rôle de la tare mentale. La prédisposition, la plupart du temps d'origine héréditaire et sous forme soit de débilité mentale très apparente, soit sous forme de dégénérescence supérieure avec simple déséquilibration intellectuelle ou dysharmonie psychique, met l'individu dans un état de réceptivité spéciale à l'égard des idées délirantes.

Chez l'individu faiblement taré, les douleurs seront simplement enregistrées avec légère élévation du ton affectif. Leur caractère désagréable sera perçu et il cherchera à s'en guérir en exposant son état à un homme de l'art en des termes imagés, mais non délirants. Il pourra employer des expressions qui paraîtront démesurées comme « *j'ai des cercles autour de la tête...*, *j'ai comme une barre dans l'estomac* », mais, dans sa pensée, ces expressions n'auront d'autre valeur qu'une comparaison entre la douleur ressentie et celle que pourraient produire les agents physiques qu'il invoque.

Si les douleurs sont vives, cet état pourra être suivi d'anxiété, réaction normale et consécutive à l'état pénible ressenti, à l'impuissance du malade à se guérir, à son impuissance aussi de vaquer, comme avant, à ses occupations, et au sombre pronostic que son existence passée lui fait entrevoir pour l'avenir.

Malgré l'importance du malaise et malgré sa nature bizarre, susceptible d'éveiller des comparaisons, l'idée délirante ne peut naître, car elle est empêchée par le pouvoir d'auto-critique du malade, qui donne une cause naturelle à ses maux, et ne veut pas y voir d'intervention étrangère ou ridicule.

C'est dans ce cadre que rentrent la plupart des malades dont Dupré et Camus ont publié l'observation (moins la cinquième), et qui présentent de même que les deux cas du début de notre troisième chapitre tous les caractères du syndrome cénesthopathie.

Chez un déséquilibré, au contraire, le barrage créé par le raisonnement est faible ou nul. La tendance naturelle du dégénéré à l'idée de persécution, aux croyances surnaturelles, même les moins fondées, évolue et l'interprétation délirante apparaît, plus ou moins riche, plus ou moins variée, suivant la constitution psychique de l'individu. C'est ce que nous montre l'histoire de la cinquième malade de Dupré, et celle surtout de notre dernière malade, atteinte de débilité mentale, à antécédents alcooliques, qui se dit enragée, *sente sa rage qui remonte*, et refuse parfois les aliments sous l'influence de cette interprétation absurde.

De l'étude que nous venons de faire, découlent naturellement des indications spéciales au point de vue de l'assistance qui convient à ces malades et des soins à leur donner.

La plupart appartenant aux classes laborieuses de la société seraient pour les leurs une lourde charge, en raison de leurs recherches constantes de soins, de leurs tendances à consulter nombre de médecins, à essayer toutes les thérapeutiques, et par cela même, à gaspiller un argent péniblement gagné et nécessaire aux besoins de la maisonnée.

Ils ne tarderaient pas, livrés à eux-mêmes, à ruiner leur famille et à ouvrir leur porte à la misère.

D'autre part, il est bien difficile de les faire surveiller d'une façon effective. Pour cela, il faudrait, bien souvent, immobiliser un membre de la famille, dont le gain journalier est indispensable.

Est-ce dire que la place de ces malades est toujours dans un asile d'aliénés ? Nous ne le pensons pas. Il est évident que le voisinage pour eux de mélancoliques délirants ou agités ne pourrait que leur être préjudiciable.

Mais ces malades, ceux surtout qui représentent les types les plus purs des cénesthopathies, ceux entre autres qui ne sont pas sujets aux grandes crises paroxystiques de désespérance, vivront sans difficulté au dehors s'ils peuvent être efficacement surveillés, ou dans un hôpital ordinaire, ou mieux encore chez des nourriciers spécialisés, comme il en existe dans quelques régions.

Ils y trouveront davantage la surveillance discrète, la sollicitude et le calme qui conviennent à leur état et qu'il est difficile de leur assurer dans un asile d'aliénés.

Il n'en est pas de même de certains autres malades, de

niveau intellectuel inférieur, sujets à de véritables crises de désespérance, quoique sans idées de suicide, eux aussi, et sans délire, mais qui ne pourraient être conservés dans un hôpital sans troubler le repos des autres pensionnaires, ni à l'extérieur, sans danger pour l'ordre public.

Ces malades, dont un beau type est celui de notre dernière observation, peuvent, comme nous l'avons vu, sous l'influence d'interprétations délirantes absurdes refuser les aliments et obliger à recourir au cathétérisme naso-pharyngien. Ce refus des aliments n'est, du reste, pas permanent, mais les réactions bruyantes de ces malades et les troubles qu'ils occasionnent par leurs cris, leurs appels (malade de l'observation II de ce chapitre); imposent leur placement dans les établissements d'aliénés.

Quant au traitement spécial à instituer, il n'en est pas de formels ; les indications découleront de la symptomatologie, de l'intensité des crises de désespérance et aussi de l'état général qu'il faut s'efforcer de maintenir aussi satisfaisant que possible ; des troubles physiques, même légers, pouvant rendre les crises de désespérance plus fréquentes ou plus intenses.

A ce titre, il faut surveiller le régime de ces malades, prescrire surtout un régime lactovo-végétarien, combattre la constipation et tous les troubles physiques, les inviter à s'occuper et à se distraire.

Chez eux, la suggestion est inefficace et si on arrive à les reconforter pour quelques instants, on n'est jamais parvenu à les guérir.

CHAPITRE IV

Conclusions.

Il semble bien que l'on doive, dans l'intérêt même des malades (mesures d'assistance spéciales, presque toujours moins rigoureuses que pour les délirants en général), faire dans le cadre des affections neuro-psychiques, une place distincte aux malades qui présentent les troubles dont Dupré et Camus ont fait le syndrome cénesthopathie.

Cette distinction n'est pas seulement justifiée par les caractères symptomatologiques différentiels sur lesquels nous avons attiré l'attention, mais aussi par l'évolution (pronostic), qui, d'après les observations actuellement publiées, est presque fatalement progressive, les changements relativement favorables qui ont été signalés ne paraissant finalement pouvoir être considérés que comme constituant des rémissions.

Les antécédents héréditaires, les antécédents individuels (névropathisme), se manifestant précocement et s'accen-

tuant peu à peu (notamment aux principales étapes physiologiques de l'existence), le caractère surtout égotique, des préoccupations d'origine névropathique et les expressions bizarrement imaginées qui trahissent ces préoccupations, enfin la fixité des troubles, la rareté d'une amélioration franche et durable, font du syndrome cénesthopathie un syndrome appartenant à la classification des troubles neuro-psychiques relevant surtout d'une tare dégénérative.

Quant aux modes d'assistance qui conviennent aux cénesthopathes, ils découlent, comme nous l'avons indiqué, surtout de particularités individuelles de la symptomatologie ; la thérapeutique sera surtout instituée d'après les indications fournies par l'état général et la symptomatologie.

VU :

Nancy, le 9 novembre 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

BERNHEIM.

VU :

Nancy, le 10 novembre 1909.

LE DOYEN,

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 11 novembre 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
INTRODUCTION. -- Division du Travail.....	5
CHAPITRE I. — Cénesthésie. — Définition. — Historique.....	
CHAPITRE II. — Cénesthopathie. — Définition. — Etude clinique.....	15
CHAPITRE III. — Observations et considérations spéciales....	30
CHAPITRE IV. — Conclusions.....	58

